

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 125

LA CHOLÉCYSTECTOMIE A CHAUD

DANS LES CHOLECYSTITES CALCULEUSES AIGUES

Travail du service de clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Dijon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BOCH

Né le 27 août 1897, à Lucenay-l'Évêque (Saône-et-Loire)



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

—
1925

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1924-1925. — N° 125

LA CHOLÉCYSTECTOMIE A CHAUD

DANS LES CHOLECYSTITES CALCULEUSES AIGUES

Travail du service de clinique chirurgicale de l'École de Médecine de Dijon

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 3 Juillet 1925

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Maurice BOCH

Né le 27 août 1897, à Lucenay-l'Évêque (Saône-et-Loire)



DIJON

IMPRIMERIE BERNIGAUD ET PRIVAT

15, Rue Bossuet, 15

1925

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

DOYEN HONORAIRE. M. H. HUGOUNENQ
DOYEN. M. J. LEPINE
ASSESSEUR. M. ROQUE

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE,
FLORENCE (A), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. BARD
Cliniques chirurgicales	ROQUE
Clinique obstétricale et Accouchements.	TIXIER
Clinique ophtalmologique	BERARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	COMMANDEUR
Clinique neurologique et psychiatrique.	ROLLET
Clinique des maladies des enfants	NICOLAS
Clinique des maladies des femmes	LEPINE (J)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	MOURIQUAND
Clinique des maladies des voies urinaires	VILLARD
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.	LANNOIS
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie	ROCHET
Chimie biologique et médicale	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie	CLUZET
Matière médicale et Botanique.	HUGOUNENQ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	MOREL
Anatomie.	BRETIN
Histologie	GUIART
Physiologie	LATARJET
Pathologie interne.	POLICARD
Pathologie et Thérapeutiques générales.	DOYON
Anatomie pathologique	COLLET
Chirurgie opératoire	X.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie	PAVIOT
Médecine légale.	PATEL
Hygiène	ARLOING (F.)
Thérapeutique, hydrologie et climatologie	ETIENNE MARTIN
Pharmacologie	COURMONT (P.)
	PIC
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe	MM. VALLAS
— — Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN
— — Chimie minérale.	BARRAL
— — Urologie	GAYET

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Orthopédie	MM. LAROYENNE
Puériculture et hygiène de la première enfance	CHATIN
Stomatologie	TELLIER

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER	COTTE	CORDIER (V.)	MAZEL
THEVENOT (Léon)	DUROUX	ROUBIER	SANTY
GARIN	TRILLAT	FAVRE	DUNET
SAVY	SARVONAT	BONNET	CHALIER (André)
FROMENT	FLORENCE (G.)	RHENTER	CHALIER (Joseph)
THEVENOT(Lucien)	ROCHAIX	LEULIER	NOEL
PIERY			CORDIER (Pierre)

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. VILLARD, Président.

M. COTTE, Assesseur.

MM. DUROUX, CHALIER A., Agrégés.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



A MES PARENTS

« En témoignage de vive affection »

A MES AMIS

A LA MÉMOIRE DE MES CAMARADES

Tombés au champ d'honneur

MEIS ET AMICIS

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR LECLERC

DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE

« Qui fut l'inspirateur de ce travail alors
que nous étions son interne.

Nous le prions de bien vouloir trouver
ici l'expression de notre très respectueuse
reconnaissance pour tout l'intérêt qu'il nous
a porté ».

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VILLARD

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

PROFESSEUR DE CLINIQUE GYNÉCOLOGIQUE

« En témoignage de notre profond respect
et de notre gratitude pour le très grand
honneur qu'il nous a fait en acceptant la
présidence de cette thèse ».

A MES JUGES

A M. LE DOCTEUR PETITJEAN
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE A L'ÉCOLE
DE MÉDECINE DE DIJON

« De qui nous fûmes l'Interne et que nous ne saurions trop remercier de l'enseignement si fécond qu'il nous a toujours prodigué. Que ce Maître affectionné de tous ses élèves veuille bien trouver ici l'assurance de notre sincère attachement ».

A M. LE DOCTEUR BARON
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A L'ÉCOLE DE MÉDECINE
ET A M. le DOCTEUR GAUDEMET
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL GÉNÉRAL

« Nous les prions de croire à notre reconnaissance pour leur enseignement et l'accueil toujours si aimable qu'ils ont réservé à leur Interne ».

A LA MÉMOIRE DE M. LE PROFESSEUR PARIZOT

A MES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE DIJON

M. LE DOCTEUR E. BROUSSOLLE
DIRECTEUR HONORAIRE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

MM. LES PROFESSEURS GAULT, DERUYE, ZIPFEL,
CHARPENTIER, J. BROUSSOLLE, BARBIER.

A TOUS MES AUTRES MAITRES
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DES HOPITAUX DE DIJON

INTRODUCTION

Le qualificatif de *calculieuses* figure dans le titre de notre thèse parce qu'il caractérise la grande majorité des cholécystites, mais exceptionnellement, on peut en observer qui n'ont aucun rapport avec la lithiase.

Parmi celles-ci, il y a les cholécystites typhiques en général bien reconnaissables lorsqu'elles viennent compliquer une typhoïde diagnostiquée mais qui de temps à autre ne peuvent pas toujours être attribuées à leur véritable cause en particulier au cours de certaines para-typhoïdes. Le bacille d'Eberth n'est pas seul à provoquer d'emblée une telle infection vésiculaire, le pneumocoque par exemple est capable de contaminer une vésicule et d'en déterminer la suppuration sans qu'une infection antérieure légère y ait provoqué la formation de calculs : dans ce cas, il est impossible de savoir à l'avance si l'affection est d'origine lithiasique.

C'est pour cette raison que nous comprendrons dans cette étude toutes les variétés de cholécystites aiguës ; d'ailleurs la cause de l'affection n'impose pas une modalité particulière au traitement.

Par contre, nous laissons délibérément de côté les angiocholécystites pour n'avoir en vue que la cholécystite aiguë, maladie localisée à la vésicule en général

isolée des voies biliaires principales par l'oblitération du cystique. Dans l'angiocholécystite au contraire, l'infection hépatique domine la scène et la localisation vésiculaire est reléguée au second plan. D'autre part l'indication est de drainer les voies biliaires et le cystique étant le plus souvent libre, la vésicule peut être employée pour pratiquer ce drainage.

Si un traitement discuté depuis déjà de nombreuses années est actuellement encore à l'ordre du jour, c'est bien celui de ces cholécystites aiguës.

A l'heure actuelle, tout le monde est à peu près d'accord pour admettre la nécessité d'un traitement chirurgical précoce, mais la discussion s'élève sur le genre de l'intervention à pratiquer.

Bien que quelques chirurgiens soient depuis longtemps partisans de la cholécystectomie à chaud, que d'autres s'y soient ralliés, on en rencontre encore pour qui la cholécystostomie reste bien l'intervention de choix.

Cette dernière, présentant des indications *rare*s et *précises*, mérite naturellement d'être conservée, mais à notre avis, elle doit dans la grande majorité des cas céder le pas à la cholécystectomie qui constitue l'opération idéale,

CHAPITRE I

Anatomie pathologique des cholécystites aiguës et leurs complications.

Rarement la crise de cholécystite aiguë se déclanche sur une vésicule absolument saine. Dans les cholécystites aiguës *calculieuses*, qui constituent en somme la presque totalité des cas, l'infection trouve un terrain favorable dans les lésions chroniques des parois vésiculaires.

Ces lésions d'importance variable sont dues à la contamination septique légère qui fut cause de la lithiasé ; dès l'apparition de celle-ci, la vésicule est demeurée un organe fragile. Les nombreux diverticules connus sous le nom de *Canaux de Lushka* se sont hypertrophiés, ramifiés et ont pris un aspect pseudo glandulaire. L'épithélium irrité à chaque instant s'effrite, remplit les pertuis et amorce la formation de nouveaux calculs. Qu'il survienne dans un tel milieu, pour une cause quelconque, des micro-organismes virulents, les leucocytes apparaissent en masse, la suppuration s'établit et voici la vésicule atteinte de cholécystite aiguë.

A ce moment, le diverticule des voies biliaires se présente sous différents aspects macroscopiques conditionnés par l'état anatomique de ses parois.

Dans un premier cas, la vésicule peut être volumi-

neuse. En présence de cette éventualité, avant l'intervention, on aura pu sentir et même voir bombant sous la paroi une tumeur facile à identifier le plus souvent ; à l'opération, le chirurgien enlève un organe gros et turgide. Cette forme se rencontre chez des malades qui en sont au début de leur affection, à une époque où l'infection n'a pas encore eu le temps de provoquer des transformations histologiques profondes dans les parois vésiculaires : celles-ci ont conservé toute leur souplesse et c'est précisément grâce à cela que la distension est possible, souvent même énorme et capable de se compliquer d'une rupture spontanée.

Si au contraire les lésions sont déjà anciennes la vésicule est incapable de se dilater. On la trouvera alors le plus souvent petite. Ses parois sont irrégulières : sclérosées et résistantes par endroits, minces et friables dans d'autres, souvent même épaissies par place. Toute souplesse et toute élasticité ayant disparu la distension est impossible mais, par contre, le danger de perforation n'est pas moins grand que dans la forme précédente ; les lésions intrapariétales, surtout dans les points faibles, sont susceptibles de se faire rapidement jour vers l'extérieur.

Quel que soit l'aspect macroscopique de la vésicule celle-ci, au moment d'une poussée aiguë, possède un cystique presque toujours fermé. Dans certains cas, l'oblitération précède la crise par enclavement d'un calcul dans les valvules de Heister, dans d'autres au contraire elle s'établit dès l'apparition de l'infection par enchatonnement d'un caillou à la suite de la

poussée congestive de la muqueuse. Ces cholécystites avec cystique non perméable caractérisent l'affection que nous étudions particulièrement ici. Si ce conduit reste libre il est assez rare que l'on soit en présence d'une affection d'origine lithiasique ; les voies biliaires s'infectent alors par propagation et ainsi s'établit souvent une angiocholécystite. Quoi qu'il en soit, à l'infection s'ajoute le rôle de la cavité close ; sous cette influence les micro-organismes n'en seront que plus virulents.

C'est sur une telle vésicule profondément modifiée et isolée du cholédoque qu'évoluent les lésions suivantes, intéressant en premier lieu la muqueuse et ensuite les différentes couches de l'organe.

A un premier stade, la muqueuse présente des points où domine une congestion très prononcée : la dilatation des capillaires atteint quelquefois une telle intensité qu'un suintement sanguin peut s'en suivre et donner une teinte hémorragique au contenu de l'organe.

Ensuite et toujours avec un certain degré de congestion la muqueuse montre des pertes de substance de profondeur et d'étendue variables. Quelles qu'en soient les causes, l'infection ou la pression exercée par un calcul, elles aboutissent très souvent à la gangrène.

Celle-ci se manifeste par des plaques de sphacèle violacées d'abord puis verdâtres qui en s'éliminant finissent par une perforation.

Dans d'autres cas, à l'examen de la pièce opératoire, il est trouvé des abcès intra-pariétaux ; leur contenu

septique gagne de proche en proche en clivant les différentes couches de l'organe et se fait jour finalement à l'extérieur.

Cette description reste forcément très schématique et il ne faudrait pas se figurer que l'on trouvera des lésions aussi délimitées : souvent au contraire celles-ci se compliquent mutuellement les unes les autres.

Quant au contenu vésiculaire, il n'est formé que par un pus bilieux où baignent des calculs de taille et de nombre très variables.

Nous venons de voir que la cholécystite aiguë est une affection localisée à la vésicule seule et que cet organe présente de graves désordres ; si la maladie est susceptible assez souvent de se maintenir locale il n'en est malheureusement pas toujours ainsi et toute une série de complications peuvent survenir au moment où l'on s'y attend le moins.

COMPLICATIONS PÉRITONÉALES.

Elles sont les plus fréquentes, les plus graves et sont provoquées par une infection partie de la vésicule perforée ou non. Leur apparition peut se faire d'emblée ou à la suite de formes cliniques qui avaient paru influencées favorablement au début par le traitement médical. Dès leur début, le danger est grand et la vie du malade est en jeu.

À son établissement une rupture spontanée donne d'abord des signes de péritonisme diffus. La contamination de la séreuse abdominale tourne très rapi-

dement à la suppuration avec le cortège symptomatique habituel de la péritonite allant jusqu'à l'occlusion aiguë.

Une perforation n'est cependant pas nécessaire pour déclencher une péritonite. Dans certaines cholécystites où les germes infectieux présentent une virulence toute particulière, ceux-ci peuvent filtrer au travers des parois très altérées et contaminer la cavité abdominale.

En d'autres circonstances, le péritoine irrité aura le temps et la force d'établir des adhérences protectrices. Le contenu septique de la vésicule retenu dans les mailles de ce tissu néoformé, y fera naître des abcès et on assistera à l'évolution d'une *péricholécystite purulente*. Le danger sera seulement retardé car les abcès péricholécystiques finiront par s'évacuer, à moins que, l'état inflammatoire de la vésicule venant à s'atténuer, le processus ulcéreux ne s'arrête. Au bout d'un certain temps, la vésicule se rétracte, se laisse envahir par le tissu cicatriciel, crie sous le couteau et se trouve entourée d'adhérences plus ou moins tendues qui l'unissent aux organes voisins. Ces brides mériteront d'être sectionnées pour dégager les organes qui, tirillés, comprimés par elles, peuvent être gênés dans leur fonctionnement.

COMPLICATIONS HÉPATIQUES.

Nous avons dit qu'au cours d'une cholécystite calculieuse aiguë, le cystique est fermé. Cependant, dans d'assez rares exceptions, il peut tout de même per-

mettre à la bile septique de filtrer et d'infecter les voies biliaires principales ; une angiocholécystite s'installe alors : cette complication grave peut être l'amorce d'une cirrhose hépatique dont l'existence assombrit singulièrement le pronostic.

COMPLICATIONS PAR PROPAGATION DE L'INFECTION PAR VOIE SANGUINE.

Dans les formes toxiques et très virulentes, des accidents graves peuvent faire leur apparition, mais disons de suite qu'ils sont l'exception.

Des *septicémies* et des *endocardites* ont été observées avec leur symptomatologie habituelle.

La *pyléphlébite* se rencontre quelques rares fois. Elle est difficile à distinguer des infections des canaux biliaires. Dans l'un et l'autre cas existent des accès de fièvre à peu près semblables, des phénomènes de tuméfaction et de sensibilité hépatique presque identiques, de l'ictère. Mais dans la pyléphlébite, apparaissent souvent des signes d'obstruction de la veine porte, de l'ascite et souvent aussi des manifestations pyohémiques.

Tous ces accidents sont particulièrement redoutables car ils restent au-dessus des ressources thérapeutiques.

COMPLICATIONS PAR VOIE LYMPHATIQUE.

La plèvre gauche s'infecte quelquefois par les lymphatiques du diaphragme et secrète un liquide qui rapidement devient purulent ; de ce fait le malade

se trouve dans un état de moindre résistance qui compromet sa guérison.

COMPLICATIONS PANCRÉATIQUES.

Après une crise de cholécystite souvent très légère, le pancréas a la possibilité d'être infecté au contact de la bile septique. Il s'indure au niveau de sa tête à tel point que l'on assiste à l'établissement d'un ictère. A son installation, le diagnostic reste hésitant entre l'ictère catharral bénin et l'ictère par rétention. L'hypertrophie de la rate est attendue pour fixer le diagnostic. Au cours de cette attente, des phénomènes d'angiocholite peuvent éclater et aggraver singulièrement la situation.

CANCÉRISATION DE LA VÉSICULE.

Il n'est pas rare d'observer le développement d'une tumeur néoplasique sur une vésicule chroniquement enflammée.

Des complications que nous venons d'étudier, les plus graves, les plus fréquentes, celles par conséquent qui doivent toujours être présentes à l'esprit, sont les réactions péritonéales. Elles sont les mêmes dans la cholécystite aiguë que dans l'appendicite. Cette dernière peut se doubler d'une péritonite généralisée ou s'accompagner d'abcès péri-appendiculaire capable de se résorber à la longue ou bien de s'évacuer par diverses voies : peau, intestin, rectum, vessie, etc.

L'étude précédente nous a montré d'une part que

la cholécystite est à son début une maladie locale et d'autre part que les complications sont toutes secondaires à une infection issue de la vésicule malade. On ne peut faire un plus grand rapprochement avec l'appendicite. En outre les lésions chroniques restantes montrent que la vésicule demeure un organe malade dont l'intégrité anatomique histologique et physiologique ne peut être recouvrée.

Dans ces conditions, il est donc logique dès maintenant de se demander pourquoi dans deux affections identiques tant par leurs lésions que par leurs complications, on ne suivrait pas la même ligne de conduite ?

La cholécystectomie à chaud apparaît être l'opération de choix en supprimant radicalement l'organe malade.

CHAPITRE II

Traitement des Cholécystites aiguës

I. — INDICATIONS OPÉRATOIRES.

Il est admis et avec raison que le traitement médical est souvent suffisant pour faire refroidir la crise aiguë. Mais devant l'échec possible du traitement médical et l'apparition de complications graves dans quelques cholécystites, les classiques pensent qu'il faut intervenir.

C'est ainsi que J.-L. Faure et Labey conseillent d'opérer dans les premières heures si la crise s'annonce grave : ils se basent sur la brusquerie du début, l'intensité de la douleur, le gonflement rapide et notable de la vésicule, sur un frisson initial intense et prolongé ; la température a peu d'importance comparativement à l'état du pouls.

Chez les typhiques, en raison des lésions particulièrement intenses des parois vésiculaires, ils sont partisans d'opérer vite et d'enlever la vésicule.

Au cours du traitement médical ces auteurs estiment que l'opération est indiquée dès l'apparition de symptômes témoignant de la gangrène probable : cessation brusque des douleurs spontanées, apparition de la diarrhée, chute brusque et momentanée de la température avec sensation particulière de bien être.

D'autres chirurgiens écrivent plus simplement : opérez si vous voyez que la crise ne s'arrange pas.

En somme les indications opératoires sont des plus vagues et laissées à l'appréciation du médecin traitant. Les symptômes donnés par J.-L. Faure et Labey peuvent rendre service mais, il faut bien le dire, que de fois si on les attend, on risquera de laisser s'établir des complications irrémédiables.

Il en est ici comme pour l'appendicite. Combien fréquemment, au cours d'appendicectomies, les opérateurs trouvent des lésions gangréneuses et du pus que les signes cliniques ne leur permettaient même pas de soupçonner !

II. — DU MOMENT DE L'INTERVENTION.

Loin de rejeter le traitement médical, qui doit au contraire être appliqué dans tous les cas bénins, nous pensons que devant *l'impossibilité d'apprécier cliniquement avec certitude* le degré et l'étendue des lésions vésiculaires, il faut mieux intervenir *précocement* dans toutes les cholécystites aiguës à *allures un peu sérieuses*.

On peut objecter : en intervenant ainsi vous opérez des malades qui peuvent guérir, qui auraient probablement guéri tout seuls. Cette réplique a sa valeur et se trouve exacte dans un certain nombre de cas. Mais en attendant, on risque d'avoir la main forcée et de ne pouvoir pratiquer qu'une cholécystostomie, intervention de nécessité donc imparfaite.

D'autre part le temps nécessaire pour arriver au

refroidissement peut être considérable, les risques de gangrène et de perforation pour être moins grands que dans l'appendicite, ne sont pourtant pas négligeables et puis, bien souvent, après beaucoup de temps perdu, il faudra toujours finir par enlever la vésicule.

L'intervention d'emblée, si les phénomènes infectieux prennent dès le début une allure tant soit peu grave ou si même bénins ils ne cèdent pas très rapidement au traitement médical, paraît donc théoriquement la meilleure conduite à tenir.

Si l'on comprend ainsi les indications opératoires, la cholécystectomie dans les cholécystites aiguës et bien plus encore dans les typhiques, sauf devant un état général trop grave, constitue bien l'opération de choix.

La stomie devient alors exceptionnelle.

III. — DU CHOIX D'UNE INTERVENTION.

Pratiquées dans les conditions énoncées plus haut, nous donnons toutes les préférences à la *cholécystectomie*.

Ses avantages et inconvénients seront étudiés plus loin comparativement avec ceux de la *stomie*.

Il y a bien une autre intervention : la *cholécystenterostomie*, mais elle n'est pour ainsi dire pas employée. Savariaud semble la tirer de l'oubli et en parle un peu à la Société de chirurgie. En réalité, au cours d'une cholécystite aiguë, les parois de la vésicule sont profondément altérées, leur vitalité compromise et c'est

risquer que d'espérer une bonne réunion des tissus avec l'intestin. D'autre part le cystique étant le plus souvent oblitéré, on ne voit guère le bénéfice qu'un malade peut retirer d'une telle opération. La cholécystentérostomie doit donc être éliminée au profit de la stomie et de l'ectomie.

Entre ces deux dernières interventions, il est impossible de faire un choix judicieux d'après les statistiques, car celles qui ont été publiées jusqu'ici ne se rapportent pas à des cas identiques. Avant d'étudier en détail ces deux opérations l'historique va nous montrer l'évolution des idées depuis que les cholécystites aiguës sont tombées, au moins en assez grand nombre, dans le domaine chirurgical.

CHAPITRE III

Historique

La cholécystectomie a été pratiquée pour la première fois en 1882 par Langenbuch, mais elle ne fut considérée longtemps que comme une opération d'exception.

Au moment où le principe même de l'intervention fut admis dans les cholécystites calculeuses aiguës, réfractaires au traitement médical, l'opinion générale était résumée ainsi qu'il suit :

Chauffard pose en principe que, si quarante huit heures après le début des accidents, il n'y a pas d'amélioration, il faut « drainer la vésicule ». Quénu en 1908 (*Revue de chirurgie*) écrit que « le grand infecté ne peut pas attendre, le drainage biliaire reste la seule planche de salut ». Mayo Robson, cité par Quénu et Duval dans leurs rapports de 1908 au Congrès International de chirurgie, considère qu'un abcès de la vésicule biliaire ne requiert que l'ouverture. J.-L. Faure et Labey, dans le *Nouveau traité de chirurgie* écrivent que « les cholécystites phlegmoneuses réclament simplement l'incision et le drainage ». Aucun de ces auteurs ne parle de cholécystectomie.

Dès 1905, M. Villard pratique à Lyon des cholécystectomies à chaud. Cotte en 1908 publie sa thèse et effleure le sujet.

En 1912, le même auteur et Leriche font une impor-

tante communication à la Société de chirurgie et ils se résument ainsi : « toutes les fois que l'état général du malade le permet, il faut faire l'opération radicale et l'on aura recours au drainage vésiculaire que dans les cas où un mauvais état général ou de trop grandes difficultés opératoires (impossibilité d'extérioriser le foie, péricholécystite, etc...) rendraient la cholécystectomie impossible.

Au reste, si l'on intervient de bonne heure, il n'est pour ainsi dire aucun cas où celle-ci ne puisse être réalisée ; les meilleures conditions seront même réalisées pour mener l'intervention à bien ».

A partir de cette communication se dessine en France un courant en faveur de la cholécystectomie à chaud. C'est ainsi qu'en 1914, à Dijon, le Dr Leclerc pratique l'ectomie dans les cholécystites aiguës. Les résultats sont très satisfaisants et les bulletins de la Bourgogne Médicale publient plusieurs de ses observations et une partie de ses idées personnelles.

A cette époque, la guerre arrête pour un temps l'évolution de la question. Elle est reprise en 1921 par Papin ; celui-ci donne dans la Revue de Chirurgie une très intéressante communication où il défend nettement l'ectomie.

Vers la même époque, les chirurgiens étrangers qui se sont déjà occupés de la question, la reprennent en 1920. Rhode formule en Allemagne que « dans les poussées aiguës au cours de la cholécystite chronique l'indication est relative et l'on peut souvent temporer » ; au contraire : « La cholécystite aiguë au premier accès constitue une indication opératoire

absolue en raison des dangers de propagation de l'inflammation au péritoine et de la perforation vésiculaire ».

Tous les auteurs cités plus haut sont des partisans convaincus de la cholécystectomie à chaud et leur opinion est basée sur une longue pratique qui donne raison à leurs actes.

Par contre, bon nombre de chirurgiens restent fidèles à la cholécystostomie, tout en se disant plus éclectiques et se réservent quelques rares indications pour l'ectomie. C'est dans cette catégorie qu'il faut classer certains opérateurs tel que Mocquot : celui-ci, à chaud, se contente d'un simple drainage quitte à enlever systématiquement ensuite la vésicule à froid.

Après la mise en valeur des avantages de l'ectomie faite à Lyon dès 1908, mais surtout en 1912, on voit un assez grand nombre de chirurgiens s'y rallier et cette conduite est légitimée par les succès toujours croissants de l'appendicectomie à chaud, opération comparable dans ses grandes lignes à la cholécystectomie.

Il semblait donc que cette pratique dut gagner toutes les faveurs lorsque dernièrement, à la Société de chirurgie de Paris d'octobre 1924, la discussion s'élève à nouveau pour savoir si, en présence d'une cholécystite aiguë nécessitant un traitement chirurgical, il n'est pas préférable de pratiquer une cholécystostomie.

La stomie bien que très imparfaite trouve à nouveau des défenseurs et l'évolution déjà ancienne vers un traitement plus satisfaisant paraît marquer un

temps d'arrêt sinon un pas en arrière. La mésentente tient peut-être à ce que le moment opératoire n'est pas le même pour tous.

Selon nous, la gravité de l'ectomie, motif capital sur lequel les discussions s'éternisent, a été beaucoup trop exagérée. La cholécystectomie théoriquement et pratiquement plus satisfaisante mérite de prendre le rang auquel elle a droit.

CHAPITRE IV

Avantages et inconvénients de la cholécystectomie

Certains chirurgiens pratiquent la cholécystostomie par principe et ils justifient leur conduite par les arguments suivants :

1° La stomie est une opération *facile, rapide* et par le fait même, plus *bénigne* que l'ectomie.

2° Elle est plus *conservatrice* car d'abord elle laisse en place un organe doué d'un rôle physiologique important, et ensuite, elle ménage pour l'avenir un point de repère de premier ordre si une nouvelle intervention devient nécessaire sur les voies biliaires principales.

3° Elle est *efficace* et cette efficacité est prouvée par de nombreuses observations.

Que faut-il penser de ce jugement ? Il contient une part de vérité que personne ne saurait contester mais les arguments fournis ne sont par toujours exacts et une expérience déjà longue est là pour le prouver.

DE LA FACILITÉ ET DE LA BÉNIGNITÉ DE LA CHOLÉCYSTECTOMIE A CHAUD.

Que la stomie soit considérée en général comme *bénigne* c'est indiscutable en certaines circonstances. Cette bénignité est dûe surtout à ce que l'interven-

tion peut être souvent menée *très rapidement* et même sous anesthésie locale. Une telle pratique rend sans aucun doute d'immenses services à des individus présentant un état général très grave.

Mais chez de tels malades, on n'exécute pas en général une *stomie régulière* c'est-à-dire l'abouchement de la vésicule à la peau. L'état du patient commande d'aller le plus vite possible et l'intervention consiste seulement dans la protection de la grande cavité péritonéale au moyen de compresses et à la ponction de la vésicule d'un coup de bistouri. Le drainage s'effectue par simple contact. Ce procédé est d'une imperfection certaine mais, dans les cas d'extrême urgence, où il constitue la seule ressource qui reste pour tenter de sauver un malade, la nécessité ne permet pas d'hésitation sur le choix de l'intervention à pratiquer,

Certes la stomie est extrêmement simple et rapide dans le cas suivant : il arrive qu'à l'ouverture de l'abdomen, l'opérateur tombe dans un foyer de péricholécystite fixé à la paroi et rempli de pus bilieux qui tend de lui-même à se faire jour vers l'extérieur. Le chirurgien pratique alors une stomie dite de *surprise* et ne peut penser à faire plus au milieu de ces adhérences.

OBSERVATION PERSONNELLE

Cholécystite aiguë suivie de perforation de la vésicule et d'abcès pericholécystique. — Incision de l'abcès, drainage. — Guérison suivie de fistule.

M^{me} L. Irma, 42 ans, cultivatrice à Darcey (Côte-d'Or). Rien à signaler dans ses antécédents familiaux. A eu trois enfants qui sont en bonne santé. Depuis l'âge de 18 ans, présente des coliques hépatiques fréquentes (deux ou trois par an).

Entre à l'hôpital le 8 février 1924, envoyée par son médecin avec le diagnostic de cholécystite aiguë. La crise a débuté depuis 8 jours avec des signes de coliques hépatiques : douleurs vésiculaires irradiées dans le dos, vomissements et de plus, température atteignant 39°, constatée par le médecin traitant.

A son entrée, la température est descendue et ne dépasse pas 38°1 le soir. Léger subictère. Selles et urines normales. Grosse défense de la paroi qui empêche d'explorer la région sous-hépatique. On met la malade au lait, à l'eau de Vichy et à la glace sur le ventre. Au bout de 3 ou 4 jours la défense s'atténuant, on peut explorer l'hypocondre droit où l'on sent par le palper une tumeur de la taille d'une orange environ qui semble faire corps avec le foie dont les dimensions paraissent normales.

La fièvre persistant quoique légère, on opère la malade le 14 février avec l'intention de pratiquer une cholécystectomie. Après l'incision des muscles abdominaux, une bile épaisse et louche jaillit : il s'en écoule environ 300 centimètres cubes ; à ce moment le péritoine n'est pas encore incisé ; après nettoyage on voit que celui-ci a été perforé naturellement par le pus bilieux dont une partie formait tumeur entre le péritoine et le transverse. Cette perforation est située dans le haut de l'incision, sous les côtes ; son orifice laisse facilement pénétrer le doigt et laisse échapper quelques calculs et des tissus sphacelés imprégnés de bile ; ils semblent provenir des restes de la vésicule.

Le péritoine très épaissi est incisé et l'on voit que celui-ci fournit de solides adhérences sous le foie qui sont ménagées ; suture du péritoine ; par l'orifice de perforation un drain est mis au contact des débris vésiculaires, un autre est laissé entre le péritoine et le transverse à l'endroit où s'était accumulée la bile purulente ; fermeture aux crins non perdus.

Deux jours après, la température a complètement disparu, mais la bile s'écoule abondamment les premiers jours par le drain profond. La malade reste 25 jours à l'hôpital et part guérie, mais avec une petite fistule biliaire donnant très peu.

Malgré les recommandations, la malade ne revint pas et il nous fut impossible de connaître par la suite son état de santé.

En dehors de ces cas, la *stomie régulière* est loin d'être toujours aussi facile qu'on se l'imagine quelquefois. Et quant à prétendre que cette opération est beaucoup plus bénigne que l'ectomie, c'est une erreur ; s'il en était ainsi, toute discussion serait d'ailleurs déplacée.

De nombreux chirurgiens ont signalé les difficultés opératoires rencontrées au cours de leurs interventions. Nous n'en voulons comme preuve qu'une des dernières observations publiées par M. Jean Berger, qui, comme on le sait, est partisan de la stomie.

Fragment d'une observation de M. Jean Berger.
(Obs. n° 3, Bulletin Soc. Chir., p. 924, Paris, 24 octobre 1924).

M^{me} G... présente depuis plusieurs semaines des poussées fébriles accompagnées...

Je fais une incision transversale sous hépatique, et, après avoir refoulé le côtlon en bas, j'arrive sur une vésicule adhérente, de dimensions plutôt petites, qui *s'exteriorise assez difficilement*, mais qu'on arrive, néan-

moins, avec *quelque difficulté*, à amener à la peau. La vésicule est ponctionnée; il s'en écoule de la bile. Je fixe la vésicule par plusieurs soies, et je referme la cicatrice au catgut, sans drainage. La vésicule, une fois ouverte à la fin de l'intervention, laisse écouler de la bile légèrement trouble et une quantité de petits calculs noirs à facettes, au nombre d'au moins une centaine, dont les plus gros sont comme une forte lentille et constituent la majorité.

La vésicule *n'ayant pu être fixée d'une façon parfaite* à la plaie cutanée, notamment à la lèvre inférieure de celle-ci, je laisse, avant de refermer complètement l'incision, deux mèches entre la paroi inférieure de la vésicule, après m'être assuré, à la curette et au doigt, que celle-ci ne contient plus rien de manifeste.

Les suites époratoires sont bonnes...

Cet auteur ne peut qu'imparfaitement fixer la vésicule qui était petite, adhérente et de ce fait très difficile à amener à la peau.

Souvent la difficulté est encore plus grande. La péri-cholécystite fixe la vésicule dans la profondeur et, au cours des manœuvres nécessaires pour extérioriser l'organe, une rupture se produit quelquefois et avec elle apparaissent les risques de péritonite, surtout qu'il est moins commode de se protéger au cours d'une stomie que d'une ectomie.

Il est vrai que pour remédier à cet accident, on peut d'abord fixer la vésicule à la paroi et ne pratiquer l'évacuation vésiculaire qu'en second lieu après s'être ainsi mis à l'abri des risques de contamination de voisinage puisque l'on incise une poche adhérente aux lèvres de la plaie. Ce procédé réalisable dans certains cas, n'est pas toujours aisé. La distension de la vésicule peut nécessiter une ponction afin d'éviter la

rupture menaçante de l'organe volumineux ; à la suite de cette évacuation prématurée, la dissémination de germes virulents est presque fatale malgré la pose d'une pince sur la bouche dont les bords auront été plus ou moins souillés par le pus. Le recours à la ponction n'ayant pas été indispensable, la pose des points de fixation constitue un aléa sérieux et demande une minutie toute particulière car ceux-ci ne doivent en aucun cas être perforants. Ce travail exécuté dans des tissus malades et très friables exige du temps surtout avec une vésicule peu mobilisable et pour ne pas donner toujours d'excellents résultats ; il arrive souvent de voir pendant les jours qui suivent, des fils céder et le contenu vésiculaire infecter le péritoine environnant si des adhérences protectrices n'ont pas eu le temps de se former.

Il y a bien, ainsi que nous l'avons vu, le drainage au simple contact, mais il constitue un procédé imparfait, toujours un peu aléatoire et qui ne trouve son indication que dans les cas d'urgence.

Un autre incident opératoire mérite d'attirer toute l'attention des chirurgiens. Pour éviter les fistules muqueuses dues à l'oblitération du cystique, ce qui est la règle dans les cholécystites aiguës, il faut explorer et débloquer avec soin les voies biliaires accessoires. Ce temps loin d'être toujours facile est même généralement impossible ; d'ailleurs le serait-il qu'il resterait à peu près inefficace puisque après l'extirpation d'un calcul enchatonné, une sténose cicatricielle s'établit souvent. Enfin cette manœuvre est toujours dangereuse. Elle expose les régions voisines à des contacts

septiques si la vésicule n'est pas encore fixée ; si au contraire l'organe est déjà suturé à la paroi abdominale, on risque de faire sauter les points que l'on aura eu grand mal à poser dans des tissus sans consistance.

DE LA STOMIE OPÉRATOIRE
PLUS CONSERVATRICE

Au point de vue histologique, une vésicule après une poussée de cholécystite aiguë est un organe malade à tout jamais. Les parois sont profondément altérées ; l'élasticité a disparu, des épaisissements se produisent par place, dans d'autres des amincissements dangereux par leur menace de rupture se constituent. La muqueuse est ulcérée et incrustée de calculs ; parfois des lésions gangréneuses sont sur le point de se perforer. En outre la perméabilité du cystique n'étant recouverte qu'exceptionnellement, que peut-on attendre d'une vésicule aussi malade et isolée des voies biliaires principales ?

On ne saurait prétendre que la cholécystostomie soit plus physiologique que la cholécystectomie. Il s'agit d'un organe tellement altéré et modifié qu'il ne saurait jamais reprendre son rôle physiologique. Le pourrait-il que cet argument n'a aucune valeur pour la défense de la stomie. Le rôle de la vésicule n'est pas si important que son absence entraîne une perturbation de l'organisme. De nombreux faits tirés de la clinique et de l'expérimentation prouvent de la parfaite innocuité de l'ablation de ce réservoir ; l'embryo-

logie et l'anatomie comparée viennent encore à l'appui de cette hypothèse. Du reste entre les périodes digestives, le cholédoque se dilate et tient lieu de vésicule.

En réalité, comme nous le verrons plus loin, le danger ne tient pas à la suppression de ces vésicules, mais plutôt à leur conservation.

On a dit aussi, la conservation de la vésicule est importante car, pour l'avenir on ménage ainsi un point de repère précieux. A première vue, cette objection a sa valeur, mais elle ne tient guère devant la pratique. Si une nouvelle intervention devient nécessaire, c'est pour rétablir le courant biliaire arrêté ; le cholédoque dilaté dans ce cas, devient très reconnaissable et permet ainsi de trouver l'obstacle et même de pratiquer une anastomose avec l'intestin si la nécessité s'en fait sentir.

DE L'EFFICACITÉ DE LA STOMIE

L'efficacité de la cholécystostomie est certaine dans un assez grand nombre de cas : la littérature rapporte de multiples observations où les résultats furent excellents. De là, il ne faut pas conclure que la *stomie soit toujours suffisante* : les phénomènes infectieux graves qui ont commandé l'intervention ne sont pas toujours enrayés et de nombreux accidents tardifs mécaniques ou infectieux ont pu être observés.

Il y a quelques semaines seulement, Cunéo, citant une observation de M. Senèque à la réunion de la Société de Chirurgie du 18 mars 1925, insiste sur la nécessité d'enlever la vésicule et le cas rapporté par

lui est tout à fait caractéristique. Il montre bien que la cholécystostomie n'est pas toujours suffisante *pour pallier même momentanément à des accidents vésiculaires aigus*. Il s'agit d'un malade de 59 ans chez qui, à la suite d'une stomie, persistent des accidents fébriles graves. M. Cunéo conseille alors de faire une cholécystectomie avec drainage de cholédoque, ce qui, dès le *lendemain amène une chute brusque de la température*. Il s'agissait ici d'une pancholécystite avec infection de la paroi vésiculaire et abcès intra-pariétaux.

Observation de M. Senèque, rapportée par M. Cunéo, Société de Chirurgie, 18 mars 1925.

Cholécystite aiguë. — Cholécystostomie. — Persistance des accidents. — Cholécystectomie. — Guérison.

M^{me} L..., cinquante neuf ans, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, le 19 octobre 1924, pour crises douloureuses dans l'hypocondre et la fosse iliaque droits. A l'âge de 5 ans, fièvre typhoïde. Il y a vingt ans la malade a présenté une crise douloureuse abdominale droite accompagnée de vomissements. Un médecin appelé a posé le diagnostic d'appendicite et proposé une intervention qui fut refusée par la malade. Depuis, la malade n'a jamais plus souffert.

Dans la nuit du 4 au 5 octobre, elle a été réveillée par une légère douleur débutant dans la fosse iliaque droite avec irradiations à la base du thorax de ce même côté. Elle a présenté un vomissement bilieux. La température rectale était de 38 ° 5. Les jours suivants, tous ces symptômes vont s'amender et, *lors de l'entrée* de la malade à l'hôpital, ils ont complètement disparu.

L'examen permet seulement de constater l'existence d'une très légère douleur dans la région vésiculaire ; il n'y a pas de contracture abdominale. On ne

sent pas la vésicule (mais il s'agit d'une malade à paroi adipeuse chez laquelle la palpation profonde est difficile). La température est presque normale : $37^{\circ} 6$.

Dans la nuit du 13 au 14 octobre, la malade est prise d'une douleur brusque dans la région vésiculaire. Cette douleur dure toute la nuit, empêchant tout sommeil, et la malade ne sera calmée que le lendemain par une piqûre de morphine. Elle s'accompagne de nausées, mais pas de vomissements, la température est revenue à la normale : 37° .

Le 15 octobre au matin, la température s'élève à $39^{\circ} 1$; il existe un léger subictère ; le soir la température est à $40^{\circ} 2$.

Le 16, la température est retombée à 37° ; elle ne présente plus qu'un léger subictère conjonctival. La douleur est très atténuée. Les urines sont rares et foncées. Les selles sont normales.

Le 21 et le 24 octobre, la malade présente deux nouvelles poussées thermiques à $39^{\circ} 5$ et $40^{\circ} 1$. Toute la région vésiculaire est douloureuse ; il existe à la palpation un certain degré de contraction de la paroi et l'on applique une vessie de glace sur la paroi.

La malade est affaiblie par cette dernière crise ; le pouls est à 110 ; l'urée sanguine montre une quantité de 0 gr. 58 par litre ; la constante est de 0.097.

Dans ces conditions on décide, le 27 octobre 1924, de recourir à l'intervention minime et l'on pratique (opérateur : Sénèque. Aide : Lubin) sous anesthésie locale à la novocaïne une *cholécystostomie*. Incision transversale ; hémostase de la paroi. Ouverture du péritoine. La vésicule apparaît turgescente avec des parois très vascularisées, paraissant épaisses au contact ; il n'y a pas de péricholécystite ; la palpation ne permet pas de sentir de calculs à l'intérieur. La vésicule est fixée par quatre points de fil de lin au péritoine pariétal ; par quatre points plus rapprochés à la paroi, ouverture de la vésicule. A l'aide d'une pipette stérile on recueille la bile qui s'écoule de la vésicule : bile noirâtre, très épaisse, dans laquelle l'examen montrera la présence de colibacille.

Drain intravésiculaire.

Suites. Loin de s'améliorer, l'état général s'aggrave ; dès la fin du premier jour et les jours suivants les oscillations thermiques vont réapparaître entre 37 ° et 40°, atteignant même 40 ° 2.

L'écoulement de bile par la vésicule continue cependant à se faire normalement ; les matières sont décolorées. De plus, on pratique *une injection de 15 cent. cubes de lipiodol* dans les voies biliaires, injection poussée par l'orifice de cholécystostomie, et l'on peut ainsi vérifier la perméabilité complète des voies biliaires. Huit jours après la cholécystostomie l'état général est extrêmement grave ; le pouls oscille aux environs de 120 ; la malade est très affaiblie. Devant cet état plus que précaire nous décidons de réintervenir pour enlever la vésicule et drainer les voies biliaires.

Deuxième intervention le 5 novembre 1924.

Opérateur : Sénèque ; aide : Lubin ; anesthésie générale à l'éther ; on libère la vésicule de sa fixation à la peau et au péritoine et l'on ferme la bouche à l'aide d'une pince en cœur. On excise le pourtour cutané autour de la bouche vésiculaire et l'on regresse par l'incision transversale que l'on agrandit notablement en avant et en arrière. La vésicule est toujours rouge, violacée, avec quelques adhérences qui se laissent facilement décoller ; on recherche le trépied formé par le cystique, l'hépatique et le cholédoque ; les voies biliaires sont normales, non dilatées. Cholécystectomie rétrograde ; ligature du cystique, ligature de l'artère cystique.

En raison du petit calibre de l'hépto-cholédoque, on ne peut placer un tube de Kehr ; on se contente alors de placer une petite sonde vers l'hépatique que l'on fixe à l'aide d'un fin catgut. Les voies biliaires sont explorées et ne contiennent aucun calcul. On termine l'opération en plaçant au contact un drain et deux mèches. Fils de bronze sur la peau.

Durée totale : quarante cinq minutes.

Suites : Dès le lendemain la température est rede-

venue normale ; elle s'élèvera encore à 38° le troisième jour, puis petit à petit redescend à 37°. L'écoulement biliaire se fait normalement ; les matières sont totalement décolorées. Au onzième jour, ablation du drain et des mèches ; le drain qui était dans l'hépatique est également enlevé. Au quatorzième jour, ablation des fils de bronze. L'état général s'améliore très rapidement ; vers la fin de décembre, les matières commencent à se recolorer en même temps que diminue la fistule biliaire cutanée.

Le 5 janvier 1925, la plaie est entièrement fermée ; les selles ont repris leur coloration normale et la malade est complètement rétablie.

Examen de la coupe d'un fragment de la paroi vésiculaire : Nous avons montré cette coupe à notre maître, M. le professeur Lecène, qui nous a dicté le résultat suivant :

« Il existe une infiltration intense surtout développée dans la sous-séreuse ; la tunique musculaire est dissociée par l'inflammation et de nombreux amas de polynucléaires, surtout abondants dans la sous-muqueuse et la sous-séreuse, indiquent manifestement qu'il s'agit d'une infection aiguë de toutes les parois de la vésicule. »

D'autre part après une stomie les ulcérations de la muqueuse vésiculaire peuvent évoluer et se compliquer de gangrène suivie de perforation aboutissant à une péritonite. Plusieurs de ces exemples ont été cités dans la littérature médicale.

Bien plus, il peut se faire qu'au moment de l'opération, l'infection ait déjà gagné le péritoine. Dans cette éventualité, l'abouchement correct des parois vésiculaires à la peau forme tampon et ne permet plus aux suppurations de voisinage de se drainer au dehors. Raoul Baudet rapporte (Soc. Chir. 1921) un de ces cas qui fut suivi de mort. Cet accident décida pour

l'avenir de la conduite de ce chirurgien qui depuis est ectomiste aussi souvent qu'il le peut.

Si tout de même le plus souvent la stomie coupe court sur le *moment* aux accidents infectieux, toute récurrence n'est pas sûrement écartée dans la suite. Savariaud au cours de la discussion de la Société de Chirurgie du 24 octobre 1924, cite un cas où après une stomie suivie de guérison normale et rapide, le malade lui revient six mois après avec une récurrence de cholécystite aiguë calculieuse. Il dut recourir à une intervention radicale et la cholécystectomie montra qu'il s'était produit de nouveaux calculs dont l'un d'eux s'était enchatonné dans le col de la vésicule. De cette récurrence, l'auteur dégage la conclusion suivante : « Je crois qu'à moins d'avoir à faire à un calcul unique, il faut mieux enlever la vésicule ».

Même si les phénomènes infectieux ont disparus après la cholécystostomie, le malade n'est pas exempt d'accidents qui pour n'être point graves n'en sont pas moins bien ennuyeux par leur fréquence, leur longueur ou leur répétition. Il s'agit de l'apparition de fistules.

Celles-ci sont de deux sortes : les fistules biliaires et les fistules muqueuses ou muco-purulentes. Les premières bien plus rares doivent leur établissement à l'oblitération ou au rétrécissement du cholédoque, alors que le cystique est libre ou partiellement, dans les secondes qui sont de beaucoup les plus fréquentes, ce canal est bloqué.

Les publications signalant cet accident ne manquent pas. Voici une observation personnelle très caractéristique.

Observation personnelle. Fistule permanente et coliques hépatiques à la suite de cholécystostomie pour cholécystite aiguë calculieuse.

M^{me} P. 32 ans. Au début d'août 1922, la malade qui a déjà eu deux crises de coliques hépatiques ressent brusquement pendant une après-midi une violente douleur sous les fausses côtes droites. La malade est obligée de se courber en deux et la douleur s'irradie entre les épaules ; elle vomit son repas de midi. Le lendemain et les jours suivants, la fièvre et du subictère s'installent. Un médecin consulté, conseille une intervention aussitôt que la crise est un peu calmée.

La malade ayant toujours de la fièvre est opérée à la fin d'août 1922 à Paris. On lui fait une petite incision longitudinale de cinq à six centimètres sur le grand droit, le fond de la vésicule est attiré et fixé à la peau. Le lendemain la vésicule est ouverte et comme elle ne se vide pas, pendant dix jours où la malade a horriblement souffert, dit-elle, on dilate l'orifice avec des lamineurs.

Pendant près de deux ans, la malade perd par sa fistule bile et calculs.

La malade vue en avril 1925 raconte qu'elle a eu depuis son opération et qu'elle a encore de temps à autres des coliques hépatiques moins aiguës que les précédentes. Durant ces crises les mêmes phénomènes se reproduisent : douleurs irradiées dans le dos, vomissements et décoloration des matières. La malade conservant une petite fistule est en outre obligée de porter en permanence un petit pansement qui de temps en temps est taché de bile.

La malade qui a beaucoup souffert lors de sa stomie a l'appréhension d'une nouvelle intervention à laquelle elle n'est pas encore décidée à se soumettre malgré les conseils qui lui sont donnés.

Pour affirmer la guérison complète d'une cholécystite, il est nécessaire de suivre les malades pendant plusieurs années. Ceci est surtout vrai pour se faire une

idée exacte de la fréquence des fistules susceptibles d'apparaître à plus ou moins longue échéance. Hartmann disait dernièrement à la Société de Chirurgie, en parlant de sa statistique personnelle que dans plus de 10 pour cent des cas, on est exposé à voir une fistule biliaire et insiste beaucoup sur ce point parce que dit-il : « il ne voudrait pas voir abandonner la cholécystectomie ». Cet auteur reste certainement au-dessous de la vérité car sa statistique contient des cas datant de 1 à 20 ans ; or les malades opérés depuis quelques années seulement sont susceptibles d'observer encore chez eux l'apparition d'une fistule.

Certains accidents ne peuvent pas nettement être mis sur le compte de la stomie. Ainsi, Jean Berger signale (dans l'observation publiée en partie plus haut) qu'une de ses malades ayant subi une cholécystostomie pour cholécystite aiguë s'améliora rapidement, et paraissait absolument hors de danger lorsque cinq ou six mois plus tard, elle succomba à des accidents d'occlusion intestinale aigus dont la cause ne peut être définie rétrospectivement.

Si l'étiologie des phénomènes d'occlusion rapportés par Jean Berger est douteuse, il est exact de dire que la stomie bien plus souvent que l'ectomie laisse à sa suite des adhérences qui en se rétractant donnent des accidents allant de simples douleurs à des phénomènes d'occlusion intestinale.

A propos des résultats éloignés, certains auteurs, dont Hartmann et Chauffard en particulier, insistent sur la fréquence des cancérisations secondaires des vésicules chroniquement enflammées.

Disons enfin que les éventrations s'observent principalement après les stomies surtout si une fistule permanente ou temporaire a fait son apparition.

En somme, si la stomie donne tout de même assez souvent de bons résultats, il s'en faut qu'elle constitue une opération parfaite. Quelques chirurgiens reconnaissent si bien l'imperfection de la cholécystostomie qu'ils pratiquent l'ectomie dans un second temps. Mocquot est de cet avis et voici trois cas où il suivit cette ligne de conduite.

Observations de M. Pierre Mocquot. (Société de Chirurgie, Paris, 24-11-1920).

Obs. 1. — M^{me} R..., quarante huit ans, sujette depuis plusieurs années à des crises douloureuses passagères dans l'hypocondre droit, est prise en septembre 1919 de crises plus violentes qui l'obligent à s'aliter ; les crises se répètent pendant deux mois ; en novembre, apparition de l'ictère et de la fièvre ; à la fin de novembre, état grave, fièvre, pouls mauvais ; grosse tuméfaction dans l'hypocondre droit.

Opération le 11 décembre 1919. Incision transversale : découverte d'une grosse vésicule à parois friables entourées d'adhérences. Cholécystostomie, issue de pus, drainage.

Suites opératoires très simples : un mois après il ne restait qu'un petit trajet donnant issue à du liquide muco-purulent.

En avril 1920, l'orifice fistuleux paraît fermé, l'état général est excellent.

Opération le 27 avril. Cholécystectomie : la vésicule est rétractée sur un gros calcul, entourée d'adhérences filamenteuses lâches.

Suites opératoires bonnes. Malade revue plusieurs fois depuis en bonne santé.

Obs. 2. — M^{me} F..., 38 ans, est prise brusquement en août 1919 de douleurs dans le côté droit du ventre

avec fièvre et vomissements : on fait le diagnostic de cholécystite : la crise s'apaise, mais les accidents reprennent à la fin du mois. Vomissements, léger subictère ; grosse tuméfaction au niveau de la vésicule biliaire ; altération de l'état général, fièvre, pouls fréquent et irrégulier.

Opération le 5 septembre 1919. Incision courbe sur le bord externe du droit. Grosse vésicule distendue entourée d'adhérences ; cholécystostomie : issue de liquide bilieux et purulent.

Suites opératoires simples. Amélioration immédiate : dans les jours qui ont suivi l'opération il est sorti de la vésicule plus de 600 calculs.

Le 17 octobre je revois la malade avec M. Launay : la fistule donne chaque jour 150 à 200 centimètres cubes de liquide muqueux teinté de bile. On perçoit encore une grosse vésicule.

2^e opération, le 25 octobre avec l'assistance de M. Launay. Cholécystectomie très simple. Quelques adhérences lâches autour de la vésicule.

Suites normales, la malade a recouvré depuis une excellente santé.

Obs. 3. — M^{me} V..., 31 ans, lingère, entre à l'hôpital Cochin dans le service de M. le professeur Delbet, le 25 janvier 1920, dans un état très grave : prostration, teint terreux, lèvres fuligineuses. Ventre légèrement ballonné avec défense à droite ; tuméfaction douloureuse dans le flanc droit. Au mois de décembre, elle aurait eu la grippe ; en réalité, elle paraît avoir eu une fièvre typhoïde car son sérum agglutine le bacille d'Eberth au 1/300^e.

Opération, le 27 janvier 1920. Incision verticale sur le bord externe du droit, péritoine libre, vésicule rouge, épaisse, distendue, entourée de quelques adhérences. Cholécystostomie : issue de liquide clair, puis de pus, on extrait 60 à 80 calculs de volume d'un tout petit pois.

Suites opératoires : Amélioration rapide, le drain donne issue à de la bile en abondance, on a extrait en divers pansements une centaine de calculs.

Au début de mars, la fistule biliaire persiste. Excellent état général.

Le 2 mars 1920, deuxième intervention, cholécystectomie : il y avait d'assez nombreuses adhérences autour de la vésicule.

Suites très simples. Malade revue depuis en bonne santé.

Il a paru à Mocquot indispensable d'enlever la vésicule et les lésions constatées justifient l'ablation. Dans sa deuxième observation en particulier, six semaines après la stomie, il a trouvé un véritable abcès de la paroi vésiculaire.

Cette façon d'agir, légitime dans les cas graves, où alors, comme nous l'avons vu plus haut, le chirurgien devra se contenter d'un simple drainage à distance n'est qu'un pis aller. Pour le moins deux opérations sont imposées au malade qui ne les accepte pas toujours volontiers ; souvent celui-ci est condamné à attendre de nouveaux accidents infectieux ou la gêne prolongée d'une fistule pour se résigner à une intervention plus radicale.

En résumé, la stomie n'est souvent pas aussi facile à pratiquer que la majorité des chirurgiens semblent le penser, d'autre part il arrive qu'elle ne soit pas toujours suffisante pour enrayer les phénomènes infectieux. C'est une opération de nécessité.

Pourquoi donc ne pas pratiquer d'emblée, toutes les fois qu'il n'existe pas de contre-indications absolues bien entendu, l'ectomie qui en supprimant l'organe écarte toutes les chances de complications et

d'accidents ? Le seul motif plausible et décisif qui puisse intervenir en défaveur de la cholécystectomie est la gravité de cette intervention. Tout dépend donc de l'idée que s'en font les opérateurs.

CHAPITRE V

La Cholécystectomie Ses avantages et ses inconvénients

La cholécystectomie est véritablement une opération complète et par le fait même idéale. D'un seul coup, comme dans l'appendicectomie, le mal est supprimé dans sa racine¹; toutes les causes d'accidents bénins ou graves, présents ou futurs, sont écartées puisque selon l'expression de Papin : « C'est la paroi qui est dangereuse plus que le contenu ».

Mais si bon nombre de chirurgiens sont disposés à admettre volontiers que la cholécystectomie d'emblée est théoriquement beaucoup plus satisfaisante, ils se refusent à la pratiquer parce qu'ils estiment cette intervention difficile et par conséquent grave.

La gravité de l'ectomie en particulier est facteur direct des difficultés opératoires que l'on peut rencontrer et celles-ci à notre avis, semblent nettement avoir été exagérées. La discussion pour savoir si, en présence d'une cholécystite aiguë rebelle au traitement médical, il y a indication de pratiquer la cholécystectomie ou la cholécystostomie s'éternise parce que, selon nous, dans l'esprit de beaucoup l'ectomie à chaud est synonyme de danger sérieux.

Il est certain que cette intervention exige plus de minutie qu'un simple drainage. Elle demande une

technique précise, des aides exercés et un matériel approprié. Ce dernier détail qui peut paraître superflu à une très grosse importance et rend d'inappréciables services ; pendant que le deuxième assistant extériorise le foie, il faut un éclairage profond (scialitique ou cyclope), de plus, il est bon de se protéger par des champs caoutchoutés et d'avoir sous la main un aspirateur comme pour l'appendicectomie à chaud. La majorité des chirurgiens enlèvent de préférence, lorsqu'ils le peuvent, la vésicule d'arrière en avant ; si des adhérences étendues jusqu'au niveau du hile rendent malaisée la libération première du col, ils font alors l'ablation en allant du fond de l'organe vers le canal cystique.

Quoiqu'il en soit, si l'on rencontre des difficultés sérieuses, éventualité possible mais assez rare, les manœuvres sont à peu près sans danger puisque l'opération a lieu dans un espace bien limité. Une incision large qui donne du jour, permet de voir clair, de travailler aisément et surtout de protéger avec efficacité à l'aide de compresses la grande cavité péritonéale de toute contamination septique. Le champ opératoire très circonscrit se trouve pour ainsi dire à l'extérieur et isolé de l'abdomen. Si, au cours des manœuvres, une rupture vésiculaire survient, elle ne sera qu'un incident fâcheux mais sans grande importance.

En somme avec une technique sûre, les accidents septiques au cours de l'opération sont pratiquement négligeables. Quant aux difficultés de l'intervention en elle-même, elles sont bien moins grandes que certains ont bien voulu le prétendre.

En général au cours d'une première poussée de cholécystite aiguë calculeuse, la vésicule est grosse, turgide, entourée d'adhérences molles, lâches, qui se rompent ou se laissent décoller facilement ; dans ces conditions la stomie est évidemment simple mais l'ectomie se fait aussi avec une aisance remarquable qui a fait dire à Leriche et Cotte partisans depuis longtemps de l'ectomie à chaud : « l'ablation de la vésicule dans les cholécystites aiguës nous a toujours paru plus facile dans son exécution et excellente dans ses résultats ».

Certains ont objecté, non sans quelques apparences de raison, que si une vésicule libre d'adhérences peut s'enlever rapidement et sans peine, il n'en est plus de même si cet organe est solidement fixé dans la profondeur par des soudures anciennes avec les organes voisins. Eh bien, c'est justement en présence de ces cas où la stomie est irréalisable d'une façon correcte que la cholécystectomie trouve une indication très nette. C'est du reste la conclusion que Raoul Baudet en a dégagée en 1921 : « Toutes les fois que l'abouchement pourra être réalisé, son ablation sera également aisée. L'abouchement suppose en effet que l'organe est distendu, proéminent, peu adhérent, toutes conditions qui favorisent la cholécystectomie. Par contre lorsqu'elle est petite, profonde, rétractée sous le foie, très adhérent, econditions très fréquentes qui rendent l'abouchement impossible, l'extirpation pourra cependant être réalisée. ».

La facilité d'énucléation de la vésicule est d'autant plus grande que l'on intervient à une période

plus rapprochée du début de la poussée infectieuse. A ce moment, il est rare de rencontrer des adhérences solides ; cette considération mérite de retenir l'attention, car en somme, à cette époque, l'obstacle le plus sérieux à l'opération se trouve évité, ce fait, sauf nécessité absolue, vient plaider en défaveur de l'ectomie en deux temps, opération beaucoup plus difficile à réaliser que si elle avait été pratiquée d'emblée.

Toutes ces considérations peuvent paraître un peu théoriques et la théorie ne suffit pas pour justifier l'emploi de telle ou telle méthode. Il faut qu'en pratique le procédé soit simple, sans danger et efficace.

Nous avons vu que pour un opérateur bien secondé et bien outillé la cholécystectomie est toujours aussi simple sinon plus que la cholécystostomie et que ses difficultés avaient été beaucoup amplifiées par les partisans de la stomie. Cependant chez des malades *très obèses*, nous pensons qu'il vaut mieux se contenter d'une stomie, car alors par suite de l'épaisseur de la paroi abdominale, le chirurgien est obligé de travailler au fond d'une excavation profonde d'où il est presque impossible d'extérioriser la partie inférieure du foie pour se donner accès sur le hile. Dans ce cas, la cholécystectomie à chaud serait certainement très compliquée sinon impossible et grave.

La cholécystectomie n'est pas dangereuse lorsqu'elle n'est pas employée d'une façon *absolument systématique* dans tous les cas cliniques. La littérature chirurgicale donne de nombreuses observations instructives et nous en rapportons ici quelques-unes person-

nelles qui toutes furent suivies de succès même dans des cas graves et en particulier chez une vieille femme arrivant à l'hôpital avec des phénomènes d'occlusion intestinale accompagnés d'un état général très précaire.

Quant à l'efficacité, elle n'est mise en doute par personne. Le mal est supprimé radicalement puisque l'on détruit son foyer originel localisé dans les parois vésiculaires ; avec lui disparaissent les phénomènes infectieux et toute chance de récurrence. Sans revenir sur la question des fistules, il faut signaler des accidents de coudure du cholédoque après la stomie : témoin le rapport de Chifoliau, qui après une stomie, observe une cholerragie grave par coudure du cholédoque : une ectomie eut raison de cet accident.

Quels que soient les accidents rencontrés après une stomie, il est curieux de constater que tous les chirurgiens en général y parent par une cholécystectomie. Cette conduite implique nettement la reconnaissance de la supériorité de cette intervention. Pourquoi donc ne pas la pratiquer d'emblée puisqu'en réalité le danger est inexistant ou très faible.

D'autre part, dans certains cas cliniques, la stomie ne permet pas d'exécuter les manœuvres dictées par l'état des malades. Ainsi chez des individus présentant des signes d'oblitération du cholédoque ou d'angiocholite, l'exploration des voies biliaires s'impose. Après une ectomie, si l'abord du cholédoque se fait en général avec une grande facilité, il n'en est plus de même après une simple stomie ; le cystique oblitéré ou très rétréci ne permet plus qu'un examen très su-

perficier et insuffisant. Et dans ces cas où un drainage est souvent nécessaire, le calibre du cystique ne permet pas au flot biliaire de s'écouler au dehors d'une façon suffisante.

Un argument a été cité une fois en défaveur de la cholécystectomie mais franchement, il ne mérite guère d'être retenu, car l'opération ne peut être mise en cause d'une façon certaine. On a pu observer une thrombose de la veine cave-inférieure mais chez un malade profondément infecté. Cet accident très grave puisque irrémédiablement fatal se serait très probablement produit sans l'ectomie et même n'aurait peut-être pas eu lieu si le malade avait été opéré au début des phénomènes infectieux.

Certains prétendent qu'après une cholécystectomie, des adhérences peuvent s'établir avec les organes voisins ; c'est indéniable, mais ces accidents sont beaucoup moins fréquents qu'après les stomies car le péritoine peut le plus souvent être réparé de façon satisfaisante.

Des nombreuses observations déjà faites, de celles que nous publions, il ressort que la cholécystectomie n'est pas plus difficile que la stomie et loin d'être grave comme beaucoup le pensent. D'autre part, elle est beaucoup plus satisfaisante que le drainage car supprimant radicalement le foyer infectieux, elle écarte toute chance de récurrence, de perforation secondaire ou de propagation. La pratique vient confirmer la théorie. Elle constitue en somme l'intervention de choix : celle dont les malades retirent le plus grand bénéfice.

Observation personnelle n° 1.

Cholécystite calculieuse aiguë. — Cholécystectomie. — Guérison.

M. B... Antoinette, 28 ans. Entre à l'hôpital dans le service de clinique chirurgicale du professeur Leclerc, le 12 novembre 1923. Aurait eu depuis un an quatre crises de coliques hépatiques, mais vu les renseignements très contradictoires de la malade il est impossible d'identifier ces crises d'une façon certaine; en tous cas, elles paraissent avoir été très légères. En outre mauvaises digestions depuis cette époque.

Actuellement enceinte de deux mois.

Le 10 novembre, elle a été reprise brusquement d'une douleur dans le ventre mais particulièrement du côté droit. Vomissements. Depuis souffre par crises.

A son entrée, température 38 ° 5. Bon poulx. Bon faciès. Langue un peu saburrale. A l'examen, la malade précise le siège des douleurs qui est situé dans l'hypocondre droit avec irradiation en arrière mais non dans l'épaule. A la palpation, tout le ventre se défend un peu, mais la défense est maxima dans la région sous-hépatique sans qu'on puisse isoler aucune tuméfaction. Rien à la base droite.

Diagnostic cholécystite aiguë.

Intervention le 14 novembre (D. Leclerc). Incision sous-costale, on trouve une grosse vésicule rouge et unie au côlon transverse par des adhérences récentes, jaunâtres et glutineuses, on les libère et on enlève la

vésicule d'avant en arrière. Double ligature sur le cystique. Péritonisation de la fossette cystique et du moignon du cystique. Suture de la paroi en mettant un petit drain.

Pièce. Vésicule contenant des calculs dont un enclavé dans le bassinnet. La paroi vésiculaire est épaisse et friable. La muqueuse est de couleur lilas avec taches verdâtres de sphacèle débutant.

19 novembre : ablation du drain.

30 novembre : la malade quitte l'hôpital guérie.

Observation personnelle n° 2.

Cholécystite calculeuse aiguë.

M. B. E., 50 ans, pas d'antécédents. Le 6 octobre 1924, début brusque par des vomissements bilieux et des douleurs au creux épigastrique qui descendent le lendemain vers le point de Mac Burney sans irradiations. Plus de vomissements les jours suivants. Pas de diarrhée, constipation jusqu'au 6^e jour où il prend du sulfate de soude. Température entre 38 et 38 ° 5 pendant une dizaine de jours ; le médecin fait le diagnostic d'appendicite tout en remarquant que le point douloureux est un peu plus haut situé. Alimentation liquide. Les douleurs disparaissent au bout d'une semaine ; au bout de 3 semaines le malade reprend son travail.

2^e crise le 15 novembre. Dans la matinée, le malade avait souffert un peu à la région épigastrique. L'après-midi les douleurs augmentent et apparaissent des vomissements alimentaires, on lui fait de la mor-

phine. Le lendemain, la douleur siège dans l'hypochondre, sous les fausses côtes sans irradiation scapulaire. Vomissements bilieux. Température 38°2. Constipation.

Entre à l'hôpital le 19 dans le service du D^r Leclerc. La fosse iliaque droite est indolore et sans réaction de défense. La douleur commence un peu plus haut, presque au niveau de l'ombilic et présente son maximum à 3 doigts en dehors de l'ombilic et se prolonge en s'atténuant jusque dans la région vésiculaire. La réaction de défense empêche d'ailleurs toute palpation.

Diagnostic : Appendicite haute ou cholécystite basse. Opération le 19 novembre 1924. Incision en regard de l'ombilic qui pourra s'agrandir en haut ou en bas. On trouve des lésions inflammatoires qui paraissent se diriger en haut ; aussi prolonge-t-on l'incision vers le haut et on la continue en direction sous-costale. On trouve une vésicule malade, distendue et revêtue d'un péritoine adhérent. La vésicule est décortiquée en partant du fond car la pédicule ne peut être isolé. La surface de décortication du foie est assez saignante, la ligature du cystique est un peu précaire de sorte qu'après avoir fait la cholécystectomie on termine par Mickulicz tamponneur à 2 mèches. Un drain est laissé au-dessus de lui au contact du moignon du cystique.

Pièce : Vésicule malade à parois épaissies, à muqueuse rouge et contenant plusieurs calculs et de pus. Guérison.

Observation personnelle n° 3.

Cholécystite calculeuse aiguë, à tendance gangréneuse. — Cholécysectomie à chaud. — Guérison.

Femme de 50 ans, aucune maladie antérieure. Pas de signes antérieurs de lithiasé biliaire. Depuis 15 jours la malade souffre du côté droit. Depuis trois ou quatre jours ses douleurs ont augmenté et elle vomit. A l'entrée à l'hôpital, le teint est terreux, le faciès grippé, le pouls mauvais, la température à 39°. Vomissements fréquents. Douleurs vives dans l'hypocondre droit.

A l'examen, le ventre est souple partout, mais on sent dans l'hypocondre droit, une grosse vésicule, douloureuse. Le diagnostic est : cholécystite aiguë sans péritonite encore constituée, mais avec gangrène probable de la paroi vésiculaire. Le D. Leclerc intervient d'urgence. Incision de Mayo. Il trouve une grosse vésicule dilatée, un peu rouge, recouverte par endroits de fausses membranes. Il pratique la cholécystectomie d'arrière en avant ce qui est très facile car la décortication se fait toute seule. On laisse un drain au contact du pédicule du cystique.

La pièce est constituée par une vésicule dilatée à parois épaisses, la muqueuse a un fond général lilas avec taches rouges et d'autres taches verdâtres ; quelques ulcérations. Dans l'épaisseur de la paroi, se trouvent aussi des zones verdâtres de sphacèle. Nombreux calculs volumineux.

En somme cholécystite à tendance gangréneuse.

Suites opératoires : les phénomènes graves s'amèn-

dent de suite, la température tombe au bout de trois à quatre jours et la guérison s'effectue rapidement.

Observation personnelle n° 4.

Cholécystite suppurée. — Cholécystectomie à chaud.

Femme de 43 ans, n'ayant eu aucune maladie antérieure notamment aucun trouble gastrique. Brusquement il y a trois semaines, sont survenues des douleurs dans l'hypocondre droit et des vomissements. Depuis, la malade n'a cessé de souffrir de son côté et a de la température.

A l'entrée, la température est de 38° 5, l'état général est bon. A l'examen on sent une grosse vésicule dont le fond descend jusqu'à l'épine iliaque. La malade souffrant un peu moins et ayant une température qui dans son ensemble tend à descendre, le refroidissement serait sans doute possible à obtenir. Malgré cela, le docteur Leclerc intervient. Anesthésie générale à l'éther. A l'ouverture du ventre, la vésicule est trouvée grosse comme une orange et entourée d'anses intestinales adhérentes. Ces adhérences sont dissociées et la vésicule, isolée, est enlevée d'arrière en avant par scission première du cystique. Fermeture avec un petit drain.

Examen de la pièce : la vésicule contient de nombreux calculs et est remplie du pus. Ses parois sont très irrégulières, épaisses en certains points, amincies dans d'autres.

Suites opératoires : elles sont rapidement bonnes. Le sixième jour, la malade est apyrétique et la guérison complète.

Observation personnelle, n° 5.

Cholécystectomie à chaud pour cholecystite calculieuse aiguë grave.

Entrée le 5 septembre 1923, dans le service du professeur Leclerc avec le diagnostic de hernie étranglée. De cette malade, âgée de 82 ans, on ne pouvait pas tirer grand renseignement. Elle n'avait jamais été malade, sauf depuis quatre ou cinq ans des crises douloureuses dans le côté droit, accompagnées de vomissements et de crises de constipation. Jamais elle n'avait présenté d'ictère. Quatre jours avant son entrée à l'hôpital, elle avait été prise de violentes douleurs dans l'hypocondre droit. Cette douleur irradiée dans les épaules avait duré toute la soirée, et depuis la malade n'avait plus été à la selle.

A l'inspection, on voyait une grosse tumeur dans la fosse iliaque droite qui, à simple vue, pouvait en imposer pour un volumineux abcès appendiculaire bombant sous la peau ; mais, à la palpation, qui était douloureuse, on suivait facilement cette tumeur presque sous le rebord du foie et le diagnostic en devenait facile. L'occlusion présentée par la malade fut considérée comme une indication opératoire formelle. Etat général mauvais. Une fois l'incision faite, incision de Mayo un peu prolongée en bas à cause du volume de la tumeur, on attire en dehors du champ opératoire une vésicule volumineuse et sans adhérences. Un gros calcul engagé dans le cystique est refoulé dans la vésicule et l'ablation de cette dernière ne présente pas de grosses difficultés.

Les suites opératoires sont excellentes. La température de 38° 5 le lendemain de l'opération tombe à la normale au bout de quatre jours et la malade quitte l'hôpital complètement guérie, trois semaines après l'intervention.

Examen de la pièce : A l'ouverture de la vésicule, on trouve du pus et 88 calculs de toutes les grosseurs ; la muqueuse est rouge foncé avec des taches verdâtres.

CONCLUSIONS

Depuis vingt ans que M. Villard et qu'après lui MM. Leriche et Cotte ont recommandé d'enlever les vésicules atteintes d'infection calculeuse qu'on se contentait avant eux de drainer, il semblait que la cholécystectomie à chaud dut prendre rapidement une place prépondérante dans la chirurgie biliaire. La faveur croissante de l'appendicectomie à chaud, semblait devoir aider singulièrement à l'évolution de cette idée.

Or il n'en a rien été. Bon nombre de chirurgiens hésitent à enlever la vésicule à chaud ; bien plus, dans une récente discussion à la Société de Chirurgie de Paris, la cholécystéctomie paraît remise en question. Dans ces conditions, nous pensons qu'il y a lieu d'insister de nouveau sur la valeur de la cholécystectomie à chaud et d'apporter de nouvelles observations à son appui.

Dans toute cholécystite aiguë, le traitement médical doit d'abord être employé et on sait qu'il réussit souvent.

Si les symptômes ne cèdent pas rapidement, ou bien si le chirurgien se trouve d'emblée en face d'une cholécystite aiguë avec symptômes fonctionnels graves ou avec une vésicule très grosse, il sera avantageux d'opérer de suite.

Si l'on comprend de cette façon les indications opératoires, la cholécystectomie devient sans conteste l'opération de choix. Les avantages sont les suivants :

La cholécystectomie supprime tout le foyer in-

fectieux, y compris les parois de la vésicule qui sont plus dangereuses que son contenu. Elle donne une guérison meilleure puisqu'elle évite : fistules, adhérences, récidives, etc.

Enfin, dans le choix des deux opérations, l'utilité physiologique de la vésicule ne saurait guère entrer en question : outre que cet argument n'a guère de valeur devant les lésions pariétales menaçant l'existence, il est certain qu'une vésicule qui a subi une poussée de cholécystite aiguë calculeuse est profondément altérée et incapable par la suite de remplir son rôle physiologique.

Les cas où un abcès péricholécystique est sur le point de s'ouvrir à la paroi, ceux où l'état général est extrêmement bas, ceux où le malade est très obèse nous semblent les trois seules contre-indications de l'ectomie : dans le premier cas, on se contentera d'une incision simple, dans les deux autres on pourra être forcé de faire le stomie ; on n'emploiera alors généralement pas le stomie régulier avec fixation des parois vésiculaires à la peau qui est, nous l'avons vu, presque aussi compliquée que l'ectomie. S'il y a vraiment urgence, c'est le drainage à distance qui sera employé.

VU :
Le Doyen,
JEAN LÉPINE.

Le Président de la Thèse,
G. VILLARD.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 16 mai 1925.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
J. CAVALIER.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	11
-------------------	----

CHAPITRE I

Anatomie Pathologique et complications des cholécystites aiguës.....	13
--	----

CHAPITRE II

Traitement des cholécystites aiguës	21
---	----

CHAPITRE III.

Historique de la cholécystectomie à chaud	25
---	----

CHAPITRE IV.

Avantages et inconvénients de cholécystostomie .	29
--	----

CHAPITRE V

La cholécystectomie, ses avantages et ses inconvénients	48
---	----

CONCLUSIONS	61
-------------------	----

BIBLIOGRAPHIE

ARNAUD ET DELORE. — Volumineuse cholécystite calculeuse-Cholécystectomie — *Soc. des Sc. méd. de Lyon*, 16 février 1910. *Lyon Médical*, 18 septembre 1910.

BACHY. — *Thèse Paris*, 1913. De la cholécystectomie dans la lithiase vésiculaire.

BAUDET. — Cholécystectomie pour cholécystites aiguës calculeuses. *Soc. de Chirurgie*, Paris 1921, p. 338.

BERGER. — Cinq observations de cholécystites aiguës, présentées par Proust. *Bulletins de la Soc. de Chir.* 24 octobre 1924.

CHAUFFARD. — Leçons sur la lithiase biliaire. I Vol. Masson et C^{ie}, Paris 1914.

COTTE. — Traitement chirurgical de la lithiase biliaire et de ses applications. *Thèse de Lyon*, 1908.
De la cholécystectomie à chaud dans les cholécystites aiguës calculeuses. *Rev. de chir.* 1912.

CUNEO. — Rapport d'une observation de M. Senéque, insuffisance de la stomie dans une cholécystite aiguë calculeuse. *Soc. Chir. Paris*, Mars 1925.

DELORE ET COTTE. — Remarques sur l'excrétion de la bile après la cholécystectomie et à l'état normal. *Rev. de chir.* 10 juillet 1911

DUBARD. — A propos d'une série d'opérations sur les voies biliaires. *Bourgogne Médicale*, avril 1924.

- DUFOURT ET LERICHE. — Cholécystite aiguë. *Soc. de Méd. Lyon Médical* 1913. Cholécystite aiguë phlegmoneuse. *Soc. de Méd. Lyon Médical* 1913.
- GANIMEDE. — L'ablation à chaud de la vésicule dans les cholécystites aiguës calculeuses. *Bourgogne Médicale*, novembre 1923.
- GOSSET ET DEMARET. — L'artère de la vésicule et la cholécystectomie *Soc. Chirurgie* Paris, janvier 1911.
- GOSSET A. — De la cholécystectomie dans la lithiase et les affections biliaires. *Journal de chirurgie*, juillet 1911.
- GRILLET. — De la cholécystectomie à chaud dans les cholécystites aiguës calculeuses. *Thèse de Lyon* 1913.
- HARTMANN. — De la fréquence des fistules biliaires après la cholécystostomie. *Soc. Chirurgie* Paris, novembre 1924.
- LECENE. — Rapport d'une observation de Félix Papin. Cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë calculeuse. *Société de Chirurgie*, Paris, 1921.
- Rapport de M. Lecène sur une observation de M. Pavlos Petridis (Alexandrie). Un cas de cholécystectomie à chaud pour cholécystite aiguë calculeuse. *Soc. de Chirurgie*, Paris 1922.
- LE DENTU. — Maladies chirurgies du foie et des voies biliaires, 1910, 1 vol.
- LECLERC. — L'ablation à chaud de la vésicule biliaire dans les cholécystites aiguës. *Bourgogne Médicale*, 1921.
- LERICHE ET COTTE. — Cholécystectomie à chaud dans

les cholécystites calculeuses. *Revue de chirurgie*, 10 décembre 1912.

MARCONNET. — Contribution à l'étude des perforations biliaires dans le péritoine libre au cours de la lithiasé. *Thèse de Lyon*, 1911.

MOCQUOT. — L'état de la vésicule dans la lithiasé du cholédoque. *Thèse de Paris*, 1910.

Conduite à tenir dans les cholécystites aiguës suppurées. *Soc. chirurgie*, Paris, novembre 1920.

NOVÉ-JOSSERAND ET VILLARD. — Drainage et ablation de vésicules biliaires. Cholécystectomie et cholécystostomie. *Lyon chirurgical*, 1909.

PAPIN Félix. — Intervention à chaud dans les cholécystites aiguës calculeuses. *Revue de chirurgie*, Paris 1921.

PERRIN. — Cholécystectomie. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon. Lyon Médical*, 1911.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE LYON. — Cholécystite calculeuse déterminant sténore pylorique. Cholécystectomie Guérison. *Lyon Médical*, 1908.

VILLARD ET NOVÉ-JOSSERAND. — Drainage et ablation de la vésicule biliaire. Cholécystostomies et cholécystectomies (40 observations), *Lyon chirurgical*, 1909.

VILLARD ET PERRIN. — Cholécystectomie idéale pour cholécystite calculeuse. *Soc. des Sc. Méd. de Lyon*, février 1911. *Lyon Médical*, juillet 1911.

